

参加申込書

講座名：連続基礎講座③「精神科の音楽療法」

年 月 日

参加者氏名	(ふりがな)
住所	〒
連絡先	TEL : Mail : Fax :

《申し込み方法.》

FAX : 03-6457-3070

Mail : npo.socion.◎gmail.com (◎を@におきかえてください)

*メールでのお申込みの場合、講座名を件名に入れ、上記の内容をご記入いただきますようお願い致します。

お申し込み後、折り返し申し込み受付完了の連絡をさせていただきます。

NPO 法人そしおん
担当： 野口晃世